



Hospitalisatieverzekeringen doorgelicht

zorg net

VLAANDEREN

*Voorstellen voor een betere
sociale bescherming*

Colofon: **Redactie:**
Frederik Coussée

Met dank aan:
Peter Degadt, Johan Pauwels en Ann Bracke

Eindredactie:
Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Vormgeving:
www.dotplus.be

D/2011/12607/2
ISBN 978-94-913-2301-0

© *Zorgnet Vlaanderen*
Guimardstraat 1
1040 Brussel

Inhoud

Woord vooraf	5
1 Probleemstelling	6
2 De markt van de hospitalisatieverzekeringen	7
3 Het wettelijke kader	12
3.1 De private verzekeraars	12
3.2 Ziekenfondsen	15
3.3 Private verzekeraars versus ziekenfondsen	18
4 Aandachtspunten bij het afsluiten van een hospitalisatieverzekering	20
5 Vergelijking van een aantal polissen	22
5.1 Polissen aangeboden door private verzekeraars	24
5.2 Polissen aangeboden door ziekenfondsen	25
6 De Vlaamse hospitalisatieverzekering	26
6.1 Het Vlaamse regeerakkoord	26
6.2 Welke kosten zouden door de Vlaamse hospitalisatieverzekering kunnen worden gedekt?	27
6.2.1 Persoonlijk aandeel in de ligdagprijs	27
6.2.2 Geneesmiddelen	27
6.2.3 Gebruiksmaterialen	27
6.2.4 Implantaten en materialen	28
6.2.5 Erelonen	28
6.2.6 Kamersupplementen	29
6.2.7 Diverse kosten	29
6.2.8 Conclusie	29
6.3 Advies van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid	30
7 Besluit	33
Bijlage	34
Overzicht van de kosten die de hoogte van de ziekenhuisfactuur bepalen en die de patiënt kan beïnvloeden door het kamertype dat hij kiest	



Woord vooraf

Het Vlaamse regeerakkoord Vlaanderen 2009-2014 stelt een basisdecreet sociale bescherming in het vooruitzicht. De bestaande zorgverzekering, een maximumfactuur in de thuiszorg, een Vlaamse hospitalisatieverzekering, een nieuwe regeling voor de financiële ondersteuning van kinderen en een begrenzing van de kosten in de residentiële ouderenzorg zijn hiervan de onderdelen. Ondertussen weten we dat de Vlaamse hospitalisatieverzekering en de begrenzing van de kosten in de residentiële ouderenzorg niet vóór 2014 zullen worden gerealiseerd. In deze fase van conceptvorming en debat leek het Zorgnet Vlaanderen zinvol om even stil te staan bij de mogelijkheden en voordelen die een Vlaamse hospitalisatieverzekering kan bieden voor patiënten en ziekenhuizen.

We maakten een status quaestionis op van de huidige markt van de hospitalisatieverzekeringen. Wat is het wettelijk kader, en wat verandert er op 1 januari 2012? Welke factoren hebben een invloed op de hoogte van de premies en de dekking die de verschillende ziektekostenverzekeringen bieden? We geven ook een overzicht van de belangrijkste aandachtspunten waarop geïnteresseerden moeten letten bij het afsluiten van een hospitalisatieverzekering.

In het licht van die kennis bogen we ons vervolgens over de vraag welke meerwaarde een Vlaamse hospitalisatieverzekering kan bieden. In de conceptnota van de Vlaamse regering luidt het dat het om een basishospitalisatieverzekering gaat die voor iedereen betaalbaar is en die alleen kosten van een opname in een tweepersoonskamer dekt. De Vlaamse hospitalisatieverzekering zou kaderen binnen de Vlaamse bevoegdheid voor bijstand aan personen. Ze wil, zo stelt de nota, op geen enkele wijze afbreuk doen aan de verplichte ziekteverzekering (federale bevoegdheid). De terugbetaling van medische kosten van patiënten kan bijgevolg geen deel uitmaken van een nieuwe Vlaamse hospitalisatieverzekering. In deze brochure sommen we op welke kosten volgens Zorgnet Vlaanderen wél in aanmerking kunnen komen.

Zorgnet Vlaanderen pleit ervoor om bij het basisdecreet sociale bescherming de platgetreden paden van de klassieke hospitalisatieverzekering te verlaten en vooral oog te hebben voor een ondersteuning van de meest kwetsbare patiënten, met name zij die chronisch ziek zijn en langdurige zorg nodig hebben. We fomuleren in deze brochure hiervoor een aantal concrete voorstellen.

Brussel, september 2011

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

Guido Van Oevelen
Voorzitter

1

Probleemstelling

Volgens cijfers van de ziekenfondsen belandt jaarlijks één op de zes Belgen in het ziekenhuis. Naarmate mensen ouder worden, stijgt de kans op hospitalisatie: zo wordt gemiddeld één op de drie 70-plussers opgenomen. Ook gezinnen met kleine kinderen lopen een groter risico op een ziekenhuisopname.

Kosten van ziekte, en in het bijzonder een ziekenhuisopname, wegen financieel soms zwaar door. Gelukkig wordt in België het grootste gedeelte van deze kosten ten laste genomen door de verplichte ziekteverzekering. Toch kunnen patiënten met veel extra kosten geconfronteerd worden: remgeld, niet-terugbetaalbare geneesmiddelen en materialen, ereloonsupplementen... Voor een hospitalisatie met overnachting betaalt de patiënt gemiddeld 507 euro uit eigen zak. Eén op de zes moet zelfs meer dan 1.000 euro ophoesten. Vandaar dat steeds meer mensen, individueel of via hun werkgever, een hospitalisatieverzekering afsluiten om zich te beschermen tegen het risico van extra kosten ten gevolge van ziekte.¹ Opvallend is dat ziekenfondsen, als medebeheerders van de verplichte ziekteverzekering, nu ook hun leden expliciet aanmoedigen om een bijkomende hospitalisatieverzekering te nemen.² Dat wijst erop dat ook de ziekenfondsen menen dat de verplichte ziekteverzekering niet langer het hoofd kan bieden aan de almaar stijgende kosten.

Het huidige systeem van de hospitalisatieverzekeringen kent een aantal pijnpunten. Zo zijn sommige premies voor bepaalde groepen (denk maar aan ouderen, zwaar zorgbehoevenden, chronisch zieken of mensen met een beperkt inkomen) moeilijk tot niet betaalbaar. Dat is soms ook het geval voor mensen die via hun werkgever genoten van een hospitalisatieverzekering en bij pensionering de verzekering individueel willen voortzetten.

Patiënten die al een medische voorgeschiedenis torsen, krijgen in veel gevallen geen of slechts een beperkte dekking. Bovendien dekken betreffende verzekeringen ook niet alle mogelijke ziektekosten: gespecialiseerde of langdurige zorgen zoals revalidatie of opname in een psychiatrisch ziekenhuis worden meestal uitgesloten of slechts beperkt in de tijd terugbetaald. Ambulante ziektekosten of kosten van chronische en zware ziekten vallen in veel gevallen buiten het bestek van de hospitalisatieverzekeringen.

1 Van Geertsom T. 2010. "Hospitalisatieverzekering geen overbodige luxe", CM-visie (3 september 2010, 5).

2 Ibidem.

2

De markt van de hospitalisatieverzekeringen

Wanneer we over hospitalisatieverzekeringen spreken, is het belangrijk te weten dat zowel private verzekeraars als ziekenfondsen dergelijke producten aanbieden. Ziekenfondsen mogen hun aanvullende verzekeringen alleen aan hun leden aanbieden, die ook bij hen aangesloten zijn voor de verplichte ziekteverzekering. Private verzekeraars geven hun producten aan iedereen die bereid is de vooropgestelde premie te betalen. Daarnaast is er een onderscheid tussen individuele en collectieve polissen. In het eerste geval onderschrijft een persoon het verzekeringscontract ten individuen titel. In het tweede geval onderhandelt één instantie, meestal de werkgever, een collectieve polis. Hierop sluit dan de hele groep begunstigden aan, al dan niet volledig ten laste van de instantie die de collectieve polis heeft afgesloten.

Momenteel hebben bijna 8 miljoen Belgen een hospitalisatieverzekering. 2,6 miljoen Belgen hebben een aanvullende ziektekostenverzekering bij hun ziekenfonds. Bijna 5,2 miljoen mensen zijn verzekerd bij een private verzekeraar, van wie 3,6 miljoen via een collectieve polis en 1,5 miljoen via een individuele polis.³

Figuur 1: Kerncijfers van de private verzekeringen(2009)⁴

	Individuele polissen	Collectieve polissen	Totaal van de polissen
Aantal verzekerden	1.535.000	3.627.000	5.163.000
Premies	397,3 mio euro	497,8 mio euro	895,1 mio euro
Schadegevallen (% van de ontvangen premies)	56,8%	88,4%	74,4%
Betaalde commissielonen (% van de ontvangen premies)	13,6%	3,3%	7,9%
Algemene kosten (% van de ontvangen premies)	21,0%	10,2%	15,0%
Technisch saldo (*)	-1,8%	1,1%	-0,2%

(*) Dit is een maat voor de rentabiliteit van verzekeringsproducten, met inbegrip van de kosten die gemaakt worden voor herverzekering. Het technisch saldo is boekhoudkundig het verschil van alle opbrengsten en kosten die strikt gelieerd zijn aan de betreffende verzekeringsactiviteit. Indien er ook rekening wordt gehouden met de netto financiële opbrengsten van de in het verleden aangelegde reserves en provisies voor die verzekeringsactiviteit, spreken we over het bruto technisch-financieel saldo.

Doordat individuele polissen meestal via lokale makelaars of verzekeringsagenten worden aangeboden, is het logisch dat de rubrieken commissielonen en algemene kosten veel zwaarder doorwegen dan in de branche van de collectieve polissen. Bij de interpretatie van de

3 Het valt niet uit te sluiten dat bepaalde aangesloten dubbel verzekerd zijn, bijvoorbeeld via de werkgever én via een private of mutualistische hospitalisatieverzekering.

4 www.assuralia.be

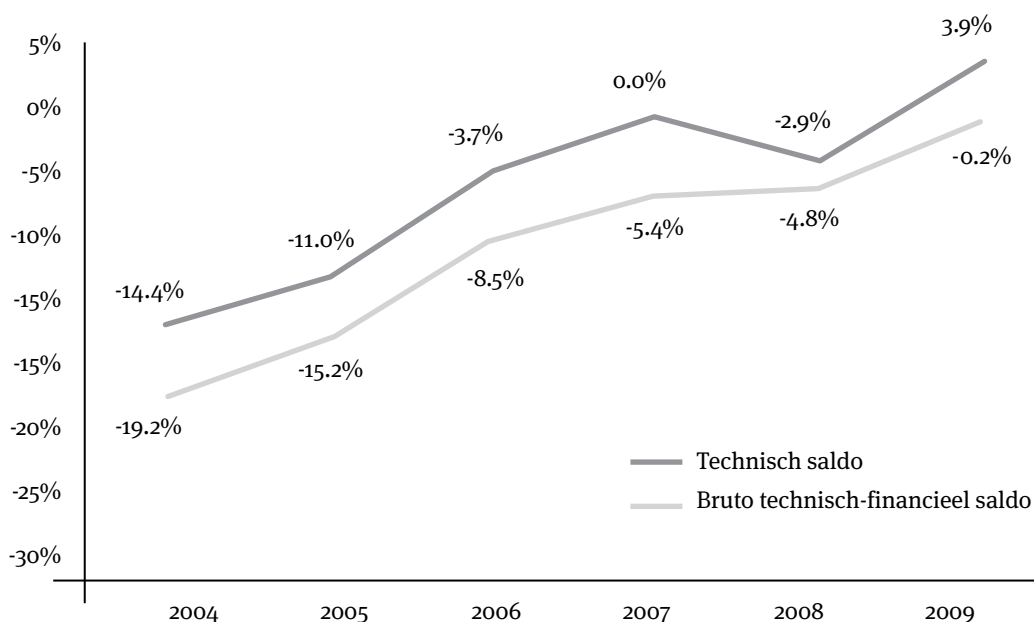
percentages in bovenstaande tabel moet er bovendien rekening mee worden gehouden dat de premies voor individuele polissen in het algemeen (beduidend) hoger liggen dan die voor collectieve polissen.

Dat kan enerzijds verklaard worden doordat collectieve polissen meestal worden afgesloten voor grote aantallen potentiële verzekerden tegelijkertijd. Door de schaalvoordelen zijn verzekeraars bereid hetzelfde risico op te nemen voor een lagere prijs. Anderzijds is het ook zo dat de aangeslotenen bij het verlaten van hun werkgever, in het bijzonder bij pensionering, het voordeel van de collectieve polis verliezen.

Op die manier ligt het gemiddelde te verzekeren risico voor collectieve polissen significant lager dan bij individuele polissen. Bij de individuele polissen moeten de verzekeraars er immers rekening mee houden dat de aangeslotenen verzekerd kunnen blijven tot hun overlijden. Aangezien het merendeel van de bevolking pas na de leeftijd van 65 jaar overlijdt en de meeste gezondheidszorgkosten zich voordoen tijdens de laatste twee levensjaren is het, actuariael gesproken, logisch dat die verwachte kosten doorgerekend worden in de premies.

Het verschil in risicoprofiel tussen individuele en collectieve contracten vertaalt zich ook in het technisch saldo: individuele contracten zijn verlieslatend terwijl collectieve contracten, voor het boekjaar 2009, winstgevend blijken.

Figuur 2: Rentabiliteit van de private hospitalisatieverzekeringen (individuele en collectieve polissen)



Het technisch saldo gaat de laatste jaren in stijgende lijn, maar blijft toch negatief. Dankzij de opbrengsten uit beleggingen van gelden uit provisies en reserves, die in het kader van de verzekeringsactiviteit worden aangehouden, slaagde men er in 2009 voor het eerst in een positief bruto technisch-financieel saldo voor te leggen.

Figuur 3: Uitgaven van de private verzekeraars (2001-2008)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% stijging 2001 - 2008
Uitgaven (in miljoen euro)	453	529	587	642	714	732	805	879	94,0%
Verzekerden	3.899.000	4.207.051	4.443.295	4.595.211	4.876.779	4.912.586	5.233.527	5.334.342	36,8%
Gemiddelde per verzekerde (in euro)	116,18	125,74	132,11	139,71	146,41	149,01	153,82	164,78	41,8%
Groei van de gemiddelde uitgaven		8,2%	5,1%	5,8%	4,8%	1,8%	3,2%	7,1%	

We kunnen dus vaststellen dat de kosten van de private verzekeraars door de jaren heen snel zijn gestegen, wat het voor de sector moeilijk maakt om structureel winstgevend te worden. De rentabiliteit is de laatste jaren echter wel verbeterd en was dankzij de opbrengsten uit beleggingen voor het eerst zelfs positief. Met dit alles in het achterhoofd wekt het geen verwondering dat de sector de premies jaarlijks (stevig) optrekt.

Volgens Assuralia, de beroepsvereniging van de verzekeraars, kwamen de ziekenfondsen in 2008 via hun aanvullende verzekeringen voor ongeveer 615 miljoen euro tussen in de terugbetaling van ziektekosten.⁵ Op het eerste gezicht lijkt dat alleszins in tegenspraak met onderstaande gegevens die we terugvinden in het jaarverslag van de controledienst van de ziekenfondsen voor boekjaar 2008. Het overzicht gaat dieper in op de verschillende diensten die ziekenfondsen buiten de verplichte ziekteverzekering aanbieden. Aan de hand van deze informatie stellen we vast dat hun hospitalisatieverzekeringen slechts voor 231 miljoen euro aan ziektekosten zijn tegemoetgekomen.

Figuur 4: Overzicht bijdragen en prestaties van de diensten van de ziekenfondsen

In 1.000 euro	Geïnde bijdragen	Geleverde prestaties	Resultaat van het boekjaar
Kleine risico's zelfstandigen (P.M.)			
Voorhuwelijkssparen (P.M.)			
Dagvergoedingen	10.688,3	9.209,0	1.873,3
Hospitalisatieverzekering	320.528,1	231.191,1	39.937,0
Ziekenvervoer en tegemoetkoming bij verplaatsingskosten	45.027,7	42.948,5	-527,7
Verzorging in het buitenland	24.478,2	19.270,5	-1.029,6
Zorgverzekering	91.924,2	236.944,5	286,2
Diverse diensten (*)	359.735,0	209.638,6	-12.602,8

(*) Het zou gaan om ongeveer 1.000 diensten waarvan de meest voorkomende tegemoetkomingen zijn voor logopedie, pedicure, verzorgingsmateriaal, orthodontie, brillen en prothesen, alternatieve geneeswijzen, diverse medische verstrekkingen, kortverblijf, verzorging aan huis, gezins- en bejaardenhulp, geboorte of adoptie, alarm-systemen... of bestaan in het inrichten of aanbieden van een sociaal fonds, welzijnsdiensten voor jeugd of zieken, uitleendienst, gezondheidsopvoeding, rechtsbijstand, periodieke informatie aan leden...

⁵ "De nationale uitgaven in gezondheidszorg. 7e editie", Assurinfo, 18 maart 2010,9.

In bovenstaande figuur verwijst de kolom “Geïnde bedragen” naar de premies die de leden van de ziekenfondsen betaalden om, indien nodig, van die aanvullende dienstverlening gebruik te maken. De tweede kolom geeft weer welke sommen de ziekenfondsen aan hun leden uitkeerden voor dat engagement. Om bovenvermelde dienstverlening te kunnen aanbieden, zullen de ziekenfondsen echter niet alleen uitgaven hebben die betrekking hebben op terugbetalingen aan hun leden, maar uiteraard ook andere kosten zoals personeel, afschrijvingen, terugbetaling van interesten op aangegane leningen... Ook die kosten moeten in rekening worden gebracht om het resultaat van het boekjaar te kunnen bepalen, zoals weergegeven in de laatste kolom.⁶

Waarschijnlijk heeft Assuralia in haar berekeningen ook rekening gehouden met tegemoetkomingen in het kader van de zorgverzekering, ziekenvervoer, verzorging in het buitenland en een stuk van de rubriek ‘diverse diensten’ (deze rubriek bevat immers een belangrijke component gezondheidszorg gerelateerde diensten).

Het is alleszins opvallend dat, in tegenstelling tot de private sector, de ziekenfondsen er wel in slagen om hun hospitalisatieverzekering gedurende langere tijd financieel gezond te maken. Ze is zelfs in stijgende lijn: in 2006 bedroeg het resultaat nog 13,8 miljoen euro, in 2007 28,6 miljoen euro en in 2008 bijna 40 miljoen euro.

6 Kijken we bijvoorbeeld naar de rubriek ‘zorgverzekering’. Het verschil tussen de eerste en de tweede kolom leidt helemaal niet tot een winst van ongeveer 286.000 euro die we in de laatste kolom terugvinden. De eerste kolom heeft betrekking op de premies die de aangeslotenen aan de zorgkassen van de ziekenfondsen betaalden. De tweede kolom toont de bedragen die de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering uitbetaalden aan de rechthebbenden. Wat de inkomsten betreft, moet er echter rekening gehouden worden met het feit dat de zorgverzekering voor een belangrijk deel gesubsidieerd wordt door de Vlaamse Gemeenschap. Deze inkomst vinden we echter niet terug in de eerste kolom omdat zij niet gelijkgesteld kan worden met een ‘geïnde bijdrage’. Wat de kosten betreft, zullen er naast de uitbetalingen aan de leden ook heel wat andere kosten moeten worden toegeerekend op het conto van de zorgverzekering. Ook deze worden in deze statistiek niet gevisualiseerd omdat zij, net als de andere inkomsten, niet worden vrijgegeven in het jaarverslag van de controledienst van de ziekenfondsen.



3

Het wettelijke kader

Aanvullende hospitalisatieverzekeringen worden zowel aangeboden door private verzekeraars als door ziekenfondsen. Ook al bieden zij soortgelijke waarborgen, en dus eigenlijk verzekeringsdiensten, aan op het niveau van de individuele polissen, toch is voor hen een verschillende wetgeving van toepassing.

3.1 De private verzekeraars

De private verzekeraars zijn onderworpen aan de wet op de landverzekeringsovereenkomst (WLVO).⁷ Op aangeven van de patiënten- en consumentenorganisaties stelde de wetgever de laatste jaren vast dat de WLVO in bepaalde gevallen de verzekerde onvoldoende beschermde. Denk bijvoorbeeld aan de vele en hoge premiestijgingen waarmee verzekerden de voorbije jaren af te rekenen kregen, het feit dat de verzekeraar de polis kon opzeggen nadat een verzekerde geconfronteerd werd met ziekte of het geval dat een werknemer die via de werkgever genoot van een hospitalisatieverzekering plots geen nieuwe verzekering meer vond na zijn pensionering. Daarom werd op 1 juli 2007 een extra hoofdstuk “ziekteverzekeringsovereenkomsten” ingeschreven. Die bepaling, ook gekend onder de naam “wet Verwilghen”, probeert een einde te maken aan de willekeur van sommige premiestijgingen en streeft naar een betere positie voor de verzekerde. Hierna schetsen we kort de specifieke regels die van toepassing zijn op private ziektekostenverzekeringen.⁸ De nieuwe regels zijn zowel van toepassing op nieuwe als op bestaande polissen.

In tegenstelling tot de gewone regel uit de WLVO die stelt dat verzekeringsovereenkomsten in de regel worden aangegaan voor een periode van één jaar en dat dus zowel verzekerde als verzekeraar het contract jaarlijks kan beëindigen, geldt nu dat individuele hospitalisatieverzekeringen in principe *voor het leven* worden aangegaan. Zij kunnen echter wel jaarlijks worden opgezegd door de verzekeringsnemer. Bij de ziekenfondsen kan dat zelfs per maand. Op die manier wenst de wetgever te vermijden dat bepaalde verzekeraars ziekte of ongeval zouden aangrijpen om het contract, conform art. 31, §1 WLVO, op te zeggen.

Een tweede principe waarmee private verzekeraars sinds 1 juli 2007 rekening moeten houden, is de zogenaamde *onbetwistbaarheidsregel*. Normaal kan een verzekeringsmaatschappij de polis opzeggen indien zij op grond van art. 6 en 7 WLVO vaststelt dat de verzekerde bij het aangaan van de verzekering gegevens verzweg of verkeerd meedeelde. Wanneer bij een individuele hospitalisatieverzekering echter een termijn van twee jaar verstreken is na de inwerkingtreding van de ziekteverzekeringsovereenkomst, kan de verzekeraar zich *niet* meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de verzekerde, indien het gaat om een ziekte of aandoening waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van het contract al hadden gemanifesteerd en de ziekte of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar. Hetzelfde geldt uiteraard wanneer de ziekte of aandoening zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst nog op geen enkele wijze had gemanifesteerd.

Er is nu ook een specifieke regeling voorzien voor chronisch zieken en personen met een handicap die nog geen 65 jaar oud zijn. Meer bepaald hebben ze tot en met 30 juni 2011 het recht op een individuele ziektekostenverzekering, met dien verstande dat de kosten die verband

⁷ Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, B.S. 20 augustus 1992.

⁸ Voor een meer uitgebreide bespreking: B. Weyts, “De wet Verwilghen m.b.t. private ziekteverzekeringsovereenkomsten: enkele stappen voorwaarts, enkele stappen achterwaarts”, R.W. 2009-10, nr. 39, 1626-1634.

houden met de ziekte of de handicap die bestaat op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, mogen worden uitgesloten van dekking. De premie is dezelfde als voor een persoon die niet chronisch ziek of gehandicapt is. De verplichting tot het aanbieden van een verzekering loopt half 2011 af. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Assuralia en de patiëntenverenigingen dienen deze maatregel tegen dan te evalueren.⁹ De wet vermeldt echter niet wat er met de conclusies van die evaluatie moet gebeuren. Het lijkt dan ook niet ondenkbeeldig dat de hier voorziene verplichting een dode mus zal blijken.

Verzekeraars moeten gezinsleden die het gezin verlaten en deel uitmaken van een gezinspolis, nadat zij daarvan op de hoogte zijn gesteld door de verzekeringnemer, een aanbod van individuele hospitalisatieverzekering doen. De verzekeraar kan zich hierbij niet beroepen op het argument dat bepaalde gezondheidsrisico's al verwezenlijkt zouden zijn om geen verzekering te hoeven aanbieden.

De wet Verwilghen bevat eveneens belangrijke bepalingen over de collectieve verzekeringsovereenkomsten. In tegenstelling tot vroeger voorziet de wet nu dat elke persoon die gedurende minstens de laatste twee jaar bij een collectieve verzekering is aangesloten¹⁰, het recht heeft om deze verzekering individueel geheel of gedeeltelijk voort te zetten wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest. Dat is bijvoorbeeld het geval bij pensioen, verandering van werk of zelfs het faillissement van de werkgever. Belangrijk is dat de wet eraan toevoegt dat dit gebeurt zonder dat de betrokkene een bijkomend medisch onderzoek moet ondergaan of een nieuwe vragenlijst moet invullen. De dekking van de voortgezette polis moet bovendien gelijkwaardig zijn aan die van de vroegere collectieve polis. Logischerwijs zal de premie van de ten individuelen titel voortgezette collectieve verzekering in belangrijke mate bepaald worden door de leeftijd van de verzekerden op het moment dat zij die collectieve dekking verliezen. Dat zal in veel gevallen leiden tot hogere premies. Om dergelijk scenario te vermijden kan de verzekerde al tijdens de collectieve dekking een bijkomende premie betalen. Die zorgt er dan voor dat hij bij verlies van die dekking aanspraak kan maken op een lagere premie voor de voortgezette polis.

De nieuwe regels voor de premiewijzigingen deden al heel wat stof opwaaien, temeer omdat zowel Assuralia als Test-Aankoop beroep aantekenden bij het Grondwettelijk Hof.¹¹ De wet bepaalt nu dat de premies slechts kunnen stijgen in functie van de periodieke evolutie van de bruto schadelast per zogenaamde kostencategorie. Die evolutie wordt gemeten aan de hand van de zogenaamde *medische index*. De kostencategorieën worden bepaald in functie van de waarborgtypes¹² en leeftijdscategorieën¹³. Voorlopig worden de medische indexen alleen berekend voor de waarborgen "eenpersoonskamer" en "twee- en meerpersoonskamer" in functie van de vijf leeftijdsklassen.

9 Het gaat hier over KCE-studie 2011-42 (HSR) "Evaluatie van het recht op een hospitalisatieverzekering voor chronisch zieke of mindervalide personen" en het betreft een evaluatie van de toepassing van het recht op hospitalisatieverzekering in het kader van art. 7 van de WLVO. Dit artikel bepaalt dat de verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaat-verzekerden uiterlijk op 1 januari 2011 het voorwerp dient uit te maken van een evaluatie waarin het Kenniscentrum, de beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en patiëntenverenigingen zullen deelnemen. In mei 2011 vermeldde de website van het KCE nog steeds dat deze studie niet kan starten zolang de bevoegde minister "in lopende zaken" is.

10 De verzekerde moet dus de laatste twee jaar collectief verzekerd geweest zijn, doch niet noodzakelijk bij dezelfde maatschappij of via dezelfde werkgever.

11 Het betreft een beroep tot vernietiging van het KB van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in art. 138bis-4, §3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Voor Test-Aankoop is de uitgebreide bevoegdheid van de Commissie voor Bank-, Financier- en Assurantiewezenen (CBFA) bij de vaststelling van de medische index een doorn in het oog, evenals het ontbreken van objectieve en representatieve parameters. Assuralia vindt het onterecht dat de verzekeraars alleen de premies en niet de reserves mogen indexereren.

12 De in aanmerking te nemen waarborgen zijn de waarborg eenpersoonskamer, de waarborg twee- en meerpersoonskamer, de waarborg ambulante zorgen en de waarborg tandverzorging. De waarborg die het zwaarst doorweegt in de bepaling van de jaarpremie bepaalt de waarborg waaraan de verzekeringsovereenkomst wordt aangehecht.

13 i.c. 0-19 jaar, 20-34 jaar, 35-49 jaar, 50-64 jaar of ouder dan 65 jaar.

In uitzonderlijke gevallen kunnen verzekeraars evenwel bij de CBFA (Commissie voor Bank-, Financier- en Assurantiewezenen) een dossier indienen en bewijzen dat hun kosten sterker stegen dan wat de medische index toelaat. Indien de CBFA een dergelijk verzoek goedkeurt, dan kan de aanvrager zijn premies sterker doen stijgen.

Het cijfer van de medische index wordt vier keer per jaar vastgesteld en bekendgemaakt door de FOD Economie.¹⁴ De verzekeraar kan de premie dus ten hoogste aanpassen aan het percentage dat de evolutie weergeeft tussen de laatste specifieke indexcijfers die van toepassing zijn op de lopende overeenkomsten op de vervalldag en de specifieke indexcijfers die een jaar vroeger in werking zijn. De periode die in aanmerking wordt genomen voor de toepassing van het specifieke indexcijfer dient van jaar tot jaar dezelfde te zijn.

Figuur 5: Overzicht van de evolutie van de medische index voor de waarborg “eenpersoonskamer” en “twee- en meerpersoonskamer”

Waarborg eenpersoonskamer (4e trimester 2008 = 100)

Leeftijdsklasse	1ste trimester 2009	2de trimester 2009	3de trimester 2009	4de trimester 2009	1ste trimester 2010	2de trimester 2010	3de trimester 2010	4de trimester 2010
0 – 19 jaar	101,47	103,79	105,33	108,02	107,19	107,9	109,37	108,40
20 – 34 jaar	102,04	104,05	106,05	108,11	108,67	110,38	112,19	112,44
35 – 49 jaar	101,85	102,66	103,71	105,43	105,76	106,47	109,1	109,15
50 – 64 jaar	101,79	102,91	102,47	105,2	105,41	105,96	106,43	105,16
65 jaar en meer	102,46	103,18	103,18	104,82	104,41	103,11	101,78	101,34
globaal*	102,26	103,72	104,58	107,45	109,33	110,68	108,49	109,51

(*) index gebaseerd op de waarde die losstaat van de leeftijdsklassen

Waarborg twee- en meerpersoonskamer (4e trimester 2008 = 100)

Leeftijdsklasse	1ste trimester 2009	2de trimester 2009	3de trimester 2009	4de trimester 2009	1ste trimester 2010	2de trimester 2010	3de trimester 2010	4de trimester 2010
0 – 19 jaar	96,2	96,35	101,78	101,78	105,29	111,31	109,41	107,54
20 – 34 jaar	104,6	100,78	99,37	99,37	98,44	100,17	101,27	96,81
35 – 49 jaar	101,25	103,38	104,54	104,54	103,89	97,85	91,22	86,77
50 – 64 jaar	105,36	106,93	106,44	106,44	105,06	103,13	100,98	96,31
65 jaar en meer	100,18	99,7	96,97	96,97	99,8	99,34	97,67	95,46
globaal*	102,2	102,88	101,5	101,5	102,07	101,25	98,87	94,94

(*) index gebaseerd op de waarde die losstaat van de leeftijdsklassen

In geval van bijvoorbeeld een ziektekostenverzekering met waarborg “twee- en meerpersoonskamers” voor een persoon die 40 jaar oud is en van wie het verzekeringscontract een vervalldag kent in de loop van het eerste trimester, zou de verzekeringspremie in 2010

¹⁴ Zie: http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/economie/gezondheidssector/medische_index/index.jsp

maximaal met 2,6% gestegen mogen zijn.¹⁵ Uit bovenstaande tabellen blijkt duidelijk dat de medische index veel sneller stijgt dan de “index der consumptieprijzen”. Sommigen pleiten er daarom voor dat de premies van hospitalisatieverzekeringen alleen zouden mogen stijgen aan het ritme van de index van de consumptieprijzen en zijn dus voorstander van een definitieve afschaffing van de medische index.¹⁶

Naar aanleiding van de zogenaamde gender- en antidiscriminatie wetten van 10 mei 2007 mogen verzekeraars hun premies ook niet meer differentiëren naar geslacht, waardoor o.a. bij de premieberekening niet langer rekening kan worden gehouden met de statistische wetmatigheid dat vrouwen gemiddeld langer leven dan mannen. Mannen en vrouwen met een voor het overige gelijkaardig gezondheidsrisico zullen dus een gelijke premie moeten betalen, terwijl die vroeger voor vrouwen lager en voor mannen hoger lag.

3.2 Ziekenfondsen

De ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen zijn onderworpen aan de ziekenfondswet¹⁷, ook in het kader van hun activiteiten buiten de verplichte ziekteverzekering zoals het aanbieden van aanvullende hospitalisatieverzekeringen. Pas vanaf 1/01/2012 vallen zij ook onder de WVLO.

Anders dan de private verzekeraars zijn ziekenfondsen geen commerciële bedrijven. De ziekenfondswet verplicht hen immers om al hun activiteiten uit te oefenen zonder winstoogmerk. Ze mogen ook alleen diensten aanbieden aan hun eigen leden. Daarmee doelt de wet in hoofdzaak op personen die voor de verplichte ziekteverzekering aangesloten zijn bij het betreffende ziekenfonds. Ziekenfondsen kunnen dus onmogelijk collectieve ziektekostenverzekeringen aanbieden: het is quasi ondenkbaar dat alle begunstigen van een collectieve polis aangesloten zouden zijn bij hetzelfde ziekenfonds. Hieronder staan we kort stil bij de wijze waarop ziekenfondsen hun aanvullende hospitalisatieverzekeringen organiseren.¹⁸

Tot voor kort¹⁹ boden de lokale ziekenfondsen in hun werkingsgebied een eigen aanvullende ziekteverzekering aan. Die betaalde op de een of andere manier de ziektekosten terug die niet door de verplichte ziekteverzekering werden gedekt. Om de risico's beter te spreiden streefden de ziekenfondsen op het niveau van hun landsbond naar schaalvergroting. Die realiseerden ze via de oprichting van een gezamenlijke maatschappij van onderlinge bijstand. Momenteel hebben alle landsbonden één of twee dergelijke maatschappijen.

De aansluiting van de leden bij de dienst hospitalisatie is verplicht of facultatief:

- *de verplichte aansluiting*: wanneer de statuten van het ziekenfonds stellen dat de aansluiting bij het ziekenfonds automatisch de aansluiting inhoudt bij een reeks diensten van de aanvullende verzekering, waaronder meestal de dienst hospitalisatie.
- *de facultatieve aansluiting*: de toetreding tot de dienst hospitalisatie staat volledig los van de aansluiting bij andere diensten van de aanvullende verzekering. De diensten hospitalisatie die worden ingericht door de landsbond of door de ziekenfondsen in de vorm van een maatschappij van onderlinge bijstand betreffen, op één uitzondering na, diensten waarvoor de aansluiting facultatief is.

15 In het eerste semester van 2009 was de medische index 101,25 en in het eerste trimester van 2010 103,89.

De procentuele evolutie bedraagt derhalve $\frac{103,89}{101,25} - 1 = 0,026 = 2,6\%$

16 Wetsvoorstel (B. Tobback et al.) tot beperking van plotse en forse premiestijgingen bij hospitalisatieverzekeringen, Parl. St. Kamer 2010-11, nr. 1351/001.

17 Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, B.S. 28 september 1990.

18 Voor een meer uitgebreide bespreking: jaarverslag 2009 van de controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

19 Met de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende verzekering is de situatie grondig gewijzigd (cf. infra).



Bepaalde ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand organiseren twee of meer aanvullende verzekeringsproducten, met verschillende voordelen en dito premie. Andere ziekenfondsen beperken de keuzemogelijkheden voor de leden tot één product, waarvan de premie eventueel verschilt in functie van de leeftijd, sociale status...

Over het algemeen kan elk lid van het ziekenfonds zich bij de dienst hospitalisatie aansluiten. Bij de meeste facultatieve diensten worden wel een aantal aansluitingsvoorwaarden voorzien, die onder meer betrekking hebben op de maximale aansluitingsleeftijd of zelfs de beroepscategorie.²⁰ De wet van 11 mei 2007 tot wijziging van de ziekenfondswet²¹ stipuleert echter dat vanaf 1 juli 2007 de aansluiting bij een dienst hospitalisatie niet langer kan worden geweigerd voor personen jonger dan 65 jaar. Bovendien kan een oudere persoon die verandert van ziekenfonds toch nog bij de dienst hospitalisatie aansluiten wanneer hij vlak voordien al aangesloten was bij een gelijkaardige dienst van zijn vorige ziekenfonds. Dezelfde wet bepaalt bovendien dat wanneer iemand verandert van ziekenfonds en bijhorende dienst hospitalisatie, er geen wachttijd mag worden opgelegd aan die persoon. Dat is ook van toepassing bij personen die lijden aan een ziekte of aandoening die bestaat vóór de aansluiting bij de nieuwe dienst.

De al vermelde wet van 11 mei 2007 voorziet dat bestaande ziekten of aandoeningen er niet toe mogen leiden dat de aansluiting wordt geweigerd, en dat van de betrokken personen geen hogere bijdrage mag worden gevraagd. Wel kunnen de mutualistische entiteiten gedurende een al dan niet beperkte periode voorzien in ofwel:

- een forfaitaire tussenkomst per hospitalisatiedag in plaats van een tussenkomst op basis van de werkelijk gedragen kosten
- een lagere forfaitaire tussenkomst dan die voor de personen die lijden aan dezelfde ziekte of aandoening, maar die zich nog niet had gemanifesteerd of die nog niet was gediagnosticeerd op het ogenblik van de aansluiting bij de dienst
- een uitsluiting van de tussenkomst in de supplementen aangerekend voor een verblijf in een eenpersoonskamer.

Sinds de wet van 11 mei 2007 mogen de dekkingsvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering alleen gewijzigd worden op grond van duurzame objectieve elementen en op een wijze evenredig met die elementen. Of de aangevoerde elementen effectief duurzaam en evenredig zijn, wordt beoordeeld door de controledienst voor de ziekenfondsen.

Als ziekenfondsen hun premies voor de dienst hospitalisatie differentiëren, dan is dat doorgaans in functie van de categorie waartoe de leden behoren. Die categorieën kunnen rekening houden met het onderscheid gezinshoofd-alleenstaande, het aantal kinderen ten laste, het aantal (een of twee) titularissen per gezin...

Voor de diensten hospitalisatie met facultatieve aansluiting wordt de bijdrage (naast het feit dat die hoofdzakelijk verschilt naargelang de vergoedingsformule waarbij men wenst aan te sluiten) veelal bepaald in functie van de bereikte leeftijd en/of de aansluitingsleeftijd. De wet van 11 mei 2007 voorziet dat de bijdragen alleen nog kunnen worden verhoogd (behoudens de aanpassing aan de gezondheidsindex) wanneer de reële en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties of de evolutie van de te dekken risico's dat vereist, of bij significante en uitzonderlijke omstandigheden. De controledienst van de ziekenfondsen gaat na of er in geval van een premiestijging effectief aan vermelde voorwaarden is voldaan.

²⁰ Bv. het onderscheid tussen zelfstandigen en werknemers.

²¹ Deze wet kan voor de aanvullende verzekeringen op het niveau van de ziekenfondsen beschouwd worden als het equivalent van de wet Verwilghen die de WLVO aanpaste.

3.3 Private verzekeraars versus ziekenfondsen

Het is duidelijk dat private verzekeraars en ziekenfondsen elkaar beconcurreren op de markt van de hospitalisatieverzekeringen. Naast de al besproken verschillen waren er voorheen nog andere belangrijke verschillen in de regels die voor beide categorieën van aanbieders telden. Zo waren de vereisten naar minimale reserves, solvabiliteit, waarborgfondsen en de vorming van de personeelsleden voor private aanbieders van hospitalisatieverzekeringen veel strenger dan voor ziekenfondsen, die bovendien nog eens vrijgesteld waren van een premietaks van 9,25 %.

Dat verschil in behandeling bewoog Assuralia er in 2006 toe klacht neer te leggen bij de Europese Commissie. In 2008 stelde die de Belgische Staat in gebreke omdat de wetgeving over aanvullende ziekteverzekeringen door ziekenfondsen niet in overeenstemming was met de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen.²²

De commissie oordeelde dat de ziekenfondsen voor hun aanvullende ziektekostenverzekering geen voorafgaande toelating hadden verkregen om verzekeringsproducten aan te bieden, zoals vereist door de eerste richtlijn “verzekeringen niet-leven”. Private verzekeraars moesten immers toelating verkrijgen van de Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA), terwijl dat niet het geval was voor de ziekenfondsen. Bovendien werd aangevoerd dat ziekenfondsen evenmin aan de in de richtlijn voorziene toelatingsvereisten beantwoordden voor verzekeringsondernemingen, namelijk:

- het aannemen van een van de wettelijk toegelaten rechtsvormen om in België verzekeringsactiviteiten uit te oefenen zoals een NV, CV, CVA of Onderlinge Verzekeringsvereniging
- het beperken van de activiteiten tot verzekeringsactiviteiten (specialiteitsbeginsel);
- het beschikken over een jaarlijks activiteitenprogramma
- het aanleggen van een minimumgarantiefonds zoals voorzien in de eerste richtlijn “verzekeringen niet-leven”
- het aanleggen van voldoende hoge voorzieningen en het behalen van een bepaalde solvabiliteitsmarge.

Met de wetten van 26 april 2010 en 2 juni 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) en (II) is de wetgever aan de eis van Europa tegemoetgekomen. Op die manier wordt een einde gesteld aan de gunstigere omstandigheden waaraan de ziekenfondsen hun aanvullende ziektekostenverzekeringen konden aanbieden.

Om te voldoen aan het specialiteitsbeginsel zullen de hospitalisatieverzekeringen van de ziekenfondsen alleen nog kunnen worden aangeboden door een aparte rechtspersoon die geen andere diensten dan die verzekeringen mag aanbieden, met name via een specifieke maatschappij voor onderlinge bijstand (verzekerings-MOB). Het betreft een nieuw soort rechtspersoon die hiertoe speciaal werd gecreëerd. Deze maatschappijen zullen de verschillende wetten moeten naleven die van toepassing zijn op de commerciële verzekeringsondernemingen. Daartoe behoren de wet van 9 juli 1975 over de controle op de verzekeringsondernemingen (die onder andere inhoudt dat zij dezelfde regels moeten naleven voor de samenstelling van een waarborgfonds, voor technische voorzieningen en voor een solvabiliteitsmarge), de WLVO en de wet van 27 maart 1995 over de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen.

²² In het bijzonder de eerste richtlijn 73/239/EEG van de Raad van 24 juli 1973 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen over de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche en de uitoefening daarvan en de derde richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juni 1992 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen over het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG.

De wetgever heeft ook bepaald dat de verzekerings-MOB's alleen verzekeringen mogen aanbieden aan de leden van het ziekenfonds, dat zij geen winstoogmerk mogen hebben en dat het aangeboden productgamma beperkt moet blijven tot verzekeringen tak 2 en 18.²³ Bovendien zullen de voorwaarden om verzekeringsproducten te mogen aanbieden en te verdelen die van toepassing zijn op de verzekeringsondernemingen, ook gelden voor de verzekerings-MOB's. De controledienst van de ziekenfondsen, en dus niet de CBFA, krijgt de bevoegdheid na te gaan of zij wel de gestelde voorwaarden naleven.

Aangezien de aanvullende hospitalisatieverzekeringen van de ziekenfondsen, die tegen 1 januari 2012 ten laatste zullen moeten worden aangeboden via verzekerings-MOB's, aan dezelfde regels zullen voldoen als de private ziektekostenverzekeringen, zullen zij in principe ook onderhevig zijn aan de premietaks van 9,25%. Verzekeraars kunnen alleen aan de taks ontsnappen als zij een verzekering aanbieden die een "hoog niveau van bescherming" biedt²⁴, in de zin dat de ziektekostenverzekering:

- toegankelijk is tot de leeftijd van ten minste 65 jaar
- de kosten dekt die gemaakt worden voor de zorgen van een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand
- geen aanleiding geeft tot een verhoging van de premie, noch tot beperkingen van de garanties, noch tot een verminderde schadeloosstelling door de voorafgaande toestand
- geen wachtperiode voorziet van meer dan 12 maanden.

De vermelde wetten van 2010 voorzien dat ziekenfondsen hun andere diensten kunnen blijven inrichten binnen het bestek van de aangepaste ziekenfondswet. Een belangrijk deel van de beoogde "andere diensten" slaat op verrichtingen die conform art. 2, 2, b), van de eerste richtlijn "verzekeringen niet-leven" uit zijn toepassingsgebied zijn uitgesloten. Het gaat concreet over "verrichtingen van instellingen op het gebied van verzorging en bijstand waarvan de prestaties verschillen naargelang de beschikbare middelen en in het kader waarvan de bijdragen van de leden forfaitair worden bepaald." Het zijn met andere woorden die diensten waartoe leden verplicht moeten toetreden en die voldoen aan een aantal cumulatieve criteria zoals de gewaarborgde toegankelijkheid van de dienst voor alle leden, de onmogelijkheid om een persoon uit te sluiten om zijn leeftijd of gezondheidstoestand, het forfaitaire karakter van de bijdragen, de dekking van vooraf bestaande toestanden...

Indien ziekenfondsen diensten zouden aanbieden die juridisch aan de vereisten van een verrichting voldoen, maar aan de leden zouden worden aangeboden onder de noemer "aanvullende ziektekostenverzekering" kan men alsnog ontsnappen aan de quasi gelijkstelling met de verzekeringsproducten van de private verzekeraars. Dat is alleszins een vrees die bepaalde private ziektekostenverzekeraars uiten.

²³ Tak 2 betreft de verzekering van het risico "ziekte" en tak 18 heeft betrekking op hulpverleningsverzekeringen. De verzekerings-MOB's mogen slechts verzekeringsproducten uit tak 18 aanbieden voor zover zij betrekking hebben op hulpverlening in geval van ziekte.

²⁴ Zie de wet van 18 april 2010 tot invoering van een vrijstelling van de jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen ten voordele van de ziektekostenverzekeringen die een hoog niveau van bescherming aanbieden, B.S. 11 juni 2010.

4

Aandachtspunten bij het afsluiten van een hospitalisatieverzekering

Indien een consument of onderneming overweegt een ziektekostenverzekering af te sluiten, is dat geen eenvoudige opdracht. Er worden immers heel wat polissen aangeboden die elk een verschillende dekking bieden. Bepalende factoren voor de premie zijn de gewenste dekking, de leeftijd en eventueel de medische voorgeschiedenis²⁵ van de potentiële verzekerde. Hieronder sommen we ter illustratie een aantal elementen op die verzekeraars aangrijpen om hun polissen te differentiëren en zo onderscheiden doelgroepen te kunnen aanboren.

Een eerste punt waar polissen nogal kunnen verschillen is de omvang van de dekking. De meeste verzekeringen komen tussen in de kosten van zowel klassieke als dagopnames, zij het niet noodzakelijk in de (extra) kosten ten gevolge van de keuze voor een eenpersoonskamer.²⁶ Veel verzekeringen bieden ook een waarborg “pre- en posthospitalisatie”. Dat betekent dat zij ook de kosten van de ziekte die voorafgaan aan de opname ten laste nemen, net als de kosten die volgen op de opname (revalidatie, geneesmiddelen, thuiszorg...). Klassiek bedraagt de gedekte prehospitalisatieperiode één maand en de posthospitalisatieperiode drie maanden.

Een heikel punt zijn de langdurige psychiatrische of andere chronische opnames. In veel gevallen wordt de tussenkomst beperkt in de tijd, meestal tot maximaal twee jaar opname. Een ander knelpunt betreft de lijst met (zware) ziektes waarvoor al dan niet tussenkomst wordt bedongen.²⁷ De meest verregaande ziektekostenverzekeringen bieden zelfs tussenkomst voor ambulante ziektekosten zoals een bezoek aan de huisarts.

Opvallend is dat steeds meer polissen stellen dat zij alleen kosten vergoeden op voorwaarde dat ze onder het toepassingsgebied van de verplichte ziekteverzekering vallen. Zodoende zullen de vaak hoge kosten van bijvoorbeeld niet-vergoedbare implantaten, medische materialen, esthetische chirurgie of experimentele therapieën, maar ook algemene kosten zoals huur TV, internetverbinding, genuttigde dranken... niet (of slechts beperkt) gedekt zijn door een private ziektekostenverzekering omdat de polis vereist dat er ook een tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering is voorzien. Verzekerden hebben vaak een vals gevoel van veiligheid. In sommige gevallen gaan patiënten er immers mee akkoord dat hun behandelend arts gebruik maakt van nieuwe technieken of materialen waarvoor (nog) geen tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering is voorzien.²⁸ De kost van het verbruikte materiaal kan dan gemakkelijk oplopen tot enkele duizenden euro's die dan ook niet door de ziektekostenverzekering worden terugbetaald. Het spreekt voor zich dat heel wat patiënten die dachten een alomvattende hospitalisatieverzekering te hebben afgesloten, zich bedot voelen op het moment dat ze er daadwerkelijk een beroep op moeten doen.

25 Art. 5, 1e lid, in fine WLVO stelt zeer duidelijk dat de verzekeringsnemer geen genetische gegevens mag meedelen aan de verzekeraar. Genetische gegevens of gegevens m.b.t. de gezondheid van ouders, grootouders of andere familieleden mogen dus niet gevraagd worden bij bv. het invullen van een medische vragenlijst en kunnen derhalve geen invloed uitoefenen op de hoogte van de premie.

26 De extra kosten voor een eenpersoonskamer hebben in hoofdzaak betrekking op de ereloonsupplementen van de geneesheren.

27 Bv. aids, leukemie, ziekte van Hodgkin, Multiple Sclerose (MS), amyotrofe lateraalsclerose (ALS), ziekte van Parkinson, meningitis, levercirrose als gevolg van hepatitis, diabetes type I (juvenile diabetes), mucoviscidose, systeemsclelerodermie met orgaanaantasting, ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa...

28 Meestal wordt er hierover zelfs een schriftelijke overeenkomst opgesteld waarbij de patiënt expliciet verklaart op de hoogte te zijn van de extra kosten die zijn keuze met zich meebrengen. Men spreekt in deze context ook soms van een ‘informed consent’.

Een ander verschilpunt tussen de polissen is de hoogte van de waarborg. De meeste ziektekostenverzekeringen werken met een franchise. Zo kan het zijn dat de polis voorziet dat er elk verzekeringsjaar een eerste schijf van bv. 125 of 250 euro ten laste blijft van de patiënt. Men kan ook werken met een franchise per opname of per medische interventie. Sommige verzekeringen betalen alle gedekte kosten boven de franchise terug, terwijl andere werken met een forfaitaire terugbetaling per opnamedag.

De laatste tijd stellen we vast dat de verzekeraars specifieke beperkingen beginnen te stellen aan de financiële risico's waarvoor zij tussenkomen. Het is al lang geen uitzondering meer dat extreem hoge honorariumsupplementen niet meer integraal worden terugbetaald: men topt meestal af op een maximum van 200%. Dat betekent dat in geval van een opname waarbij de behandelend arts 300% honorariumsupplement zouden rekenen, de hospitalisatieverzekering hiervan slechts twee derde ten laste neemt.

Daarnaast kunnen ziekteverzekeraars uiteraard nog heel wat andere waarborgen of diensten aanbieden. Zo voorzien de meeste private ziektekostenverzekeringen in een derdebetalersregeling. Verzekeraar en zorgverstreker rekenen dan rechtstreeks met elkaar af en de patiënt hoeft de gemaakte kosten niet meer voor te financieren. Bepaalde polissen dekken ook de kosten, al dan niet beperkt tot een bepaald bedrag, van *rooming in*²⁹, (dringend) vervoer per ambulance of helikopter, kraamhulp, palliatieve zorgen, mortuarium, orgaandonatie, vruchtbaarheidsbehandelingen, sterilisaties, orthodontie, paradontie, wiegendoodtesten, alternatieve geneeswijzen³⁰, sportongevallen³¹, bijstand in het buitenland, repatriëring uit het buitenland...

Bepaalde risico's worden contractueel meestal de facto uitgesloten. Het gaat hier doorgaans over de medische kosten ten gevolge van pogingen tot suicide, opzettelijke daden, oorlog, natuurrampen, actieve deelname aan gewelddaden, grove schuld, drugsgebruik, misbruik van geneesmiddelen, overdadig drankgebruik.

In essentie kan men de premie van een individuele ziektekostenverzekering slechts drukken door akkoord te gaan met een hoge franchise, zo jong mogelijk een hospitalisatieverzekering te nemen en de dekking te beperken tot de opname in een tweepersoonskamer waarbij de verzekeraar ook ereloonsupplementen terugbetaalt.

29 Bv. wanneer een ouder blijft slapen in het ziekenhuis bij de opname van zijn kind.

30 Bv. homeopathie, chiropractie, acupunctuur...

31 Op voorwaarde dat het gaat over amateursporten die op niet-winstgevende wijze worden beoefend.

5

Vergelijking van een aantal polissen

Eind 2009 publiceerde *Budget & Recht*³² een vergelijkende studie over een aantal belangrijke hospitalisatieverzekeringen. Zowel de verzekeringen van de private aanbieders als van de ziekenfondsen werden tegen het licht gehouden. De studie beperkt zich tot individuele ziektekostenverzekeringen. De collectieve polissen worden dus buiten beschouwing gelaten.

De auteurs vergeleken alle polissen op 47 essentiële kenmerken waarvan de belangrijkste in onderstaande tabellen terug aan bod komen. Ze becommentarieerden die aan de hand van een schaal³³ van de kwaliteit van de aangeboden ziektekostenverzekeringen. De variabele “maximumleeftijd bij aanvang” toont tot welke leeftijd men kan instappen in de hospitalisatieverzekering. De variabele “terugbetaling van kosten die niet worden vergoed door het RIZIV” geeft aan in welke mate de verzekering tegemoet komt in kosten die niet door de verplichte ziekteverzekering worden terugbetaald (bepaalde implantaten of prothesen). De variabele “maximale vergoeding” toont in welke mate de tussenkomst van de verzekeraar beperkt wordt tot een bepaald niveau. Een uitmuntende score impliceert dat er geen plafond wordt gehanteerd. De variabele “psychiatrische instelling” verheldert in welke mate de kosten van een eventuele opname voor een psychiatrische aandoening zijn gedekt. Een ondeugdelijke score betekent dat de polis dergelijke risico’s niet verzekert. De variabele “palliatieve zorg” verduidelijkt of de kosten van palliatieve zorg ook buiten het ziekenhuis worden terugbetaald. Dat is het geval voor de verzekeringen die hier “uitmuntend” scoren. De variabele “revalidatie” laat zien of de kosten van revalidatie in een gespecialiseerd centrum voor terugbetaling in aanmerking komen. De variabele “zwangerschap en bevalling” gaat na in welke mate verzekeringen hier terugbetalingsplafonds hanteren. Alleen de polissen die hier niet “uitmuntend” scoren, beperken op de een of de andere manier hun terugbetaling. De variabele “ernstige ziekte” illustreert in welke mate ambulante kosten verbonden aan ernstige ziekten ten laste worden genomen door de polis. De variabele “ereloonsupplementen voor artsen” legt uit of de verzekering al dan niet onbeperkt kosten van ereloonsupplementen terugbetaalt. De variabele “ambulante verzorging voor en na opname” expliciteert of er ook tussengekomen wordt in de kosten van pre- en posthospitalisatie. Tot slot verheldert de variabele “franchise per opname” dat de meeste polissen de verzekeringnemer de kans bieden om te opteren voor een vrijstelling per opname en dat deze een belangrijke invloed heeft op de te betalen premie.

Budget & Recht komt tot de conclusie dat de beste contracten worden aangeboden door AG Insurance, de onafhankelijke ziekenfondsen (Hospitalia Plus) en DKV. Wordt daarenboven ook rekening gehouden met de hoogte van de premies, dan is Hospitalia Plus de beste van de klas.

32 Coteur J. Moriau A. & Nauwelaerts I. 2009. “Hospitalisatieverzekering, comfortabel maar duur”, *Budget & Recht* (207): 8-13.

33 Coteur J. Moriau A. & Nauwelaerts I. 2009. “Hospitalisatieverzekering, comfortabel maar duur”, *Budget & Recht* 207: 8-13.

☺☺☺☺	Uitmuntend	☹	Matig negatief
☺☺☺	Zeer goed	☹☹	Zwak
☺☺	Goed	☹☹☹	Zeer zwak
☺	Matig positief	☹☹☹☹	Ondeugdelijk
☹	Matig		



Figuur 6: vergelijking van de polissen aangeboden door private verzekeraars

	jaarlijkse premie (in €)		
	35 jaar	43 jaar	65 jaar
AG Insurance AG Care Hospitalisatie + Delta	365 243	397 267	767 524
Argenta Atras Care	250 150	250 150	550 330
DKV Plan IS 2000	334 239	416 293	915 609
DVV Hospimax	230 168	228 166	605 440
Ethias Medi-Comfort	350	484	810
Ethias Medi Plus	222	307	515
Fidea Hospix XL	320 256	331 265	622 498
KBC hospitalisatie- verzekering	325	394	844
	227	276	591
franchise per opname (in €)	geen 297,47	geen in 1PK (*) geen in MPK	geen 250 150
ambulante verzorging voor en na opname	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙
ereloonsupplementen voor artsen	⊖	⊖	⊖
ernstige ziekte	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙
zwangerschap en bevalling	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙
revalidatie	⊖	⊙⊙	⊖
palliatieve zorg	⊙⊙⊙⊙	⊙	⊙⊙⊙⊙
psychiatrische instelling	⊙⊙	⊙⊙	⊖
maximale vergoeding	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙
terugbetaling van kosten die niet worden vergoed door het RIZIV	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙	⊙⊙
maximumleeftijd bij aanvang	74	64	69
eindoordeel	⊙⊙⊙⊙	⊙⊙	⊙⊙⊙⊙

(*) 1PK = eenpersoonskamer; 2PK = tweepersoonskamer; MPK = meerpersoonskamer (gemeenschappelijke kamer)

Figuur 7: vergelijking van de polissen aangeboden door ziekenfondsen

	jaarlijkse premie (in €)			franchise per opname (in €)	ambulante verzorging voor en na opname	ereloonsupplementen voor artsen	ernstige ziekte	zwangerschap en bevalling	revalidatie	palliatieve zorg	psychiatrische instelling	maximale vergoeding	terugbetaling van kosten die niet worden vergoed door het RIZIV	maximumleeftijd bij aanvang	eindoordeel
	35 jaar	43 jaar	65 jaar												
Christelijke Mutualiteiten Hospitaalplan	89	89	117	geen (*)	☺☺	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺	☺	☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	65	☺☺
Liberaal Mutualiteiten Hospitaal Plus	108	108	229	geen (**)	☺☺	☺☺	☺☺☺☺	☺	☺☺	☺☺☺☺	☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	66	☺
Mutualités Chrétiennes Hospita Global plus	129	129	294	geen (***)	☺☺	☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺	☺	☺	☺☺☺☺	☺	70	☺☺
Mutualités Neutres Neutra Top	231	231	518	geen (****)	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺	☺	☺☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	74	☺☺
Mutualités Socialistes Hospimut	93	106	254	geen (-)	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	☺	☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	74	☺
Neutraal Ziekenfonds Hospiplus	161	161	334	geen (-)	☺☺	☺	☺☺☺☺	☺	☺	☺	☺☺☺☺	☺	☺☺☺☺	65	☺☺
Onafhankelijke ziekenfondsen Hospitalia Plus	174	174	371	geen	☺☺	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺	☺	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	64	☺☺☺☺
Socialistische Mutualiteiten Kliniplan	97	97	185	geen (---)	☺	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺	☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	☺☺☺☺	☺	65	☺☺

(*) Er is wel een franchise van 175 euro per opname in een eenpersoonskamer, met een maximum van 350 € per jaar.

(**) Er is wel een franchise van 150 euro per opname in een eenpersoonskamer en 55 euro per opname in een tweepersoonskamer, met een maximum van 300 € per jaar.

(***) Er is wel een franchise van 100 euro per opname in een eenpersoonskamer.

(****) In geval van "ernstige ziekten" is er wel een franchise van 125 euro per jaar.

(-) Er is wel een franchise van 75 euro per opname in een eenpersoonskamer.

(--) Er is wel een franchise van 100 euro per opname in een eenpersoonskamer en 25 euro per opname in een tweepersoonskamer.

(---) Er is wel een franchise van 186 euro per opname in een eenpersoonskamer en 62 euro per opname in een tweepersoonskamer.

6

De Vlaamse hospitalisatieverzekering

6.1 Het Vlaamse regeerakkoord

Het regeerakkoord “Vlaanderen 2009-2014 – een daadkrachtig Vlaanderen in beslissende tijden” stipuleert dat er in de lopende legislatuur een Vlaamse hospitalisatieverzekering komt³⁴:

“De Vlaamse samenleving moet een solidaire samenleving zijn, ook als de budgettaire middelen schaars zijn. Om aan de toenemende zorgvragen tegemoet te komen, heeft de Vlaamse Regering een zorgplan met een meerjarenprogrammatische voor een gerichte uitbreiding in de thuiszorg, de sector van de personen met een handicap en de jeugdzorg. Om een krachtig en vernieuwd sociaal beleid vorm te geven, zal een basisdecreet Vlaamse sociale bescherming tot stand worden gebracht. De bestaande zorgverzekering, een systeem voor maximumfacturen in de thuiszorg, een Vlaamse hospitalisatieverzekering, een nieuwe regeling voor de financiële ondersteuning van kinderen en een nieuw systeem voor de begrenzing van de kosten in de residentiële ouderenzorg zullen alvast onderdelen van dit basisdecreet vormen”.

De Vlaamse hospitalisatieverzekering zou kaderen binnen de Vlaamse bevoegdheid voor bijstand aan personen en wil op geen enkele wijze afbreuk doen aan de verplichte ziekteverzekering die zich bevoegdheidsrechtelijk op federaal niveau situeert.

Bij het uitwerken van een Vlaamse hospitalisatieverzekering zou de Vlaamse regering een aantal uitgangspunten in aanmerking nemen³⁵:

- het gaat over een basishospitalisatieverzekering die voor iedereen betaalbaar is
- alleen kosten van opname in een tweepersoonskamer worden gedekt
- de verzekering moet vooral de meest kwetsbare doelgroepen (ouderen, psychiatrische patiënten, patiënten met vooraf bestaande aandoeningen) extra beschermen
- de verzekering mag de kosten van opname in het ziekenhuis niet opdrijven
- dubbele verzekering voor dezelfde kosten³⁶ wordt zo veel mogelijk vermeden
- de verzekering moet administratief zo eenvoudig mogelijk worden georganiseerd
-

De regering wenst de kosten van deze verzekering te beheersen door hierover afspraken te maken met de betrokken actoren: de ziekenfondsen, de artsen, de ziekenhuizen en de private verzekeraars.

De verzekering zou worden gefinancierd vanuit een dotatie uit de algemene middelen van de Vlaamse Gemeenschap en aangevuld worden door een forfaitaire bijdrage van de verzekerden. Mogelijk zullen begunstigden met een sociaal profiel kunnen genieten van een lagere premie.

³⁴ Zie: Hand. Vl. Parl. 2009, 13 juli 2009, plenaire vergadering nr. 13, 7-8.

³⁵ Zie conceptnota van de Vlaamse regering, “Basisdecreet Vlaamse sociale bescherming, versterking van de zorgsamenleving”, 7 mei 2010.

³⁶ Dat zou het geval kunnen zijn bij Vlamingen die een klassieke hospitalisatieverzekering hebben en bijkomend zouden kunnen genieten van de Vlaamse hospitalisatieverzekering.

6.2 Welke kosten zouden door de Vlaamse hospitalisatieverzekering kunnen worden gedekt?

De Vlaamse Gemeenschap ontleent haar recht om een Vlaamse hospitalisatieverzekering in te richten aan haar bevoegdheid over de bijstand aan personen. Kosten, in het bijzonder medische kosten, die in principe in aanmerking komen voor terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering vallen buiten de bevoegdheid van de Gemeenschappen. De verplichte ziekteverzekering maakt immers integraal deel uit van de federale sociale zekerheid. De Vlaamse hospitalisatieverzekering zal dus niet kunnen tussenkomen in medische kosten van patiënten, maar zal zich dus beperken tot de zogenaamde niet-medische kosten. De vraag stelt zich dus welke kosten in aanmerking zouden kunnen komen voor terugbetaling.

Hier volgt een beknopt overzicht van de belangrijkste kostenposten op de ziekenhuisfactuur die een patiënt na het verblijf in het algemeen ziekenhuis ontvangt. De invloed van het door de patiënt gekozen kamertype op de hoogte van de ziekenhuisfactuur wordt in bijlage 1 schematisch weergegeven. Het schema toont duidelijk aan dat de patiënt een aantal belangrijke hefboomen in handen heeft om de kost van een ziekenhuisopname te beperken. Zo kan hij bijvoorbeeld kiezen voor een opname in een tweepersoonskamer en een behandeling door artsen die de nationale tariefafspraken tussen ziekenfondsen en artsen respecteren.

6.2.1 Persoonlijk aandeel in de ligdagprijs

Het persoonlijke aandeel in de ligdagprijs is niets anders dan het remgeld ten laste van de patiënt wanneer hij wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Figuur 8: vergelijking remgeld per type patiënt

	Beschermde patiënten (rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming) en hun personen ten laste	Gewoon verzekerde met kinderen ten laste en verzekerden met alimentatie	Gewoon verzekerde	Volledig uitkeringsgerechtigde werklozen sinds ten minste 1 jaar en hun personen ten laste	Kinderen ten laste van gewoon verzekerden
1ste dag	€ 5,02	€ 41,41	€ 41,41	€ 32,29	€ 32,29
2de dag	€ 5,02	€ 14,14	€ 14,14	€ 5,02	€ 5,02
91ste dag	€ 5,02	€ 5,02	€ 14,14	€ 5,02	€ 5,02

6.2.2 Geneesmiddelen

Per opnamedag in het ziekenhuis (klassieke hospitalisatie) wordt een forfait van 0,62 euro aangerekend, ongeacht of de patiënt effectief geneesmiddelen heeft verbruikt. Dat vervangt het remgeld op terugbetaalbare geneesmiddelen. Daarnaast worden bepaalde categorieën van geneesmiddelen niet terugbetaald door de ziekenfondsen. Het gaat om de zogenaamde D-geneesmiddelen (zoals aspirine). Zij zijn 100% ten laste van de patiënt.

6.2.3 Gebruiksmaterialen

Het gaat hier om steriele verbanden, hechtingsmateriaal, lijmen... In principe wordt courant verbruiksmateriaal aan het ziekenhuis forfaitair vergoed via het Budget van Financiële Middelen (BFM). Er is dikwijls discussie tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen of nieuwe, en dus minder courante materialen, per definitie ook worden vergoed door het BFM of toch mogen worden aangerekend aan de patiënt (bv. bepaalde nietjes of innovatieve lijmen die gebruikt

worden om bij een kijkoperatie interne wonden te hechten). Er is dus een risico dat deze kost ook op de patiëntenfactuur terecht komt.

Om aan deze problematiek tegemoet te komen pleit de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in een recent advies³⁷ voor een duidelijke indeling van alle mogelijke gebruiksmaterialen in de volgende categorieën:

- terugbetaalbaar via de verplichte ziekteverzekering
- vergoed via het Budget van Financiële Middelen
- ten laste van de patiënt.

Die indeling zou moeten gebeuren door een onafhankelijke overheidsinstantie die daarbij rekening houdt met de therapeutische waarde van het materiaal voor de patiënt, de verhouding tussen de kostprijs en de therapeutische meerwaarde, het beschikbaar budget... Op die manier hoopt men in de toekomst meer duidelijkheid te scheppen over het al dan niet mogen factureren van deze materialen aan de patiënt.

6.2.4 Implantaten en materialen

Niet alle implantaten of materialen worden volledig vergoed door het RIZIV (zie hiervoor art. 35 en 35bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen); sommige hebben zelfs een persoonlijk aandeel van 90% van de totale prijs... Bovendien mag de ziekenhuisapotheker een afleveringsmarge van maximaal 10% van de kostprijs, evenwel geplafonneerd tot een bepaald bedrag, in rekening brengen. Onder de rubriek “Apotheek – farmaceutische en parafarmaceutische kosten, kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen” van de factuur kunnen dus nog heel wat kosten ten laste komen van de patiënt.

6.2.5 Erelonen

In heel veel gevallen rekenen artsen ereloonsupplementen aan. De vuistregel dat zij “slechts” 100% bedragen voor patiënten die op hun vraag opgenomen worden in een eenpersoonskamer staat steeds meer onder druk. We stellen vast dat er in een aantal ziekenhuizen ook in tweepersoonskamers ereloonsupplementen worden gefactureerd en dat in bepaalde instellingen, die zich meestal in grote steden bevinden, de ereloonsupplementen zelfs een veelvoud van 100% bedragen. De kamerkeuze is van doorslaggevend belang voor de ereloonsupplementen die artsen mogen factureren en wordt gemaakt via het zogenaamde opnameformulier dat iedere patiënt vóór opname dient te ondertekenen. In twee- of meerpersoonskamers is de patiënt wettelijk beschermd tegen overmatige honorariumsupplementen omdat geconventioneerde artsen³⁸, in tegenstelling tot hun niet-geconventioneerde collega's, dan geen ereloonsupplementen mogen aanrekenen. In eenpersoonskamers mogen alle artsen, ongeacht het feit of zij al dan niet toegetreden zijn tot het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen, in principe vrij hun ereloon bepalen. Daarbij moeten zij wel binnen de perken blijven van de afspraken die het ziekenhuis en de artsen hierover maakten in de zogenaamde algemene regeling. Die regeling verschilt van voorziening tot voorziening.

Er dient ook opgemerkt te worden dat de kamerkeuze doorslaggevend is voor de facturatie van ereloonsupplementen door *alle* artsen die bij de behandeling zijn tussengekomen. Patiënten zijn er zich soms niet van bewust dat de meeste ingrepen multidisciplinair verlopen en dat er dus ook medische prestaties geleverd zullen worden door artsen die de patiënt bijna of zelfs helemaal niet heeft gezien of gesproken. We denken hierbij aan onder meer anesthesisten,

37 Zie het advies van de Afdeling Financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake de medische producten van 12 mei 2011.

38 Dit zijn artsen die zijn toegetreden tot het akkoord geneesheren-ziekenfondsen en zich er zodoende toe verbinden de nationale tariefafspraken te respecteren.

klinisch biologen of radiologen. Indien een patiënt dus bereid is om een ereloon-supplement te betalen (bijvoorbeeld wegens de goede reputatie van zijn behandelend arts), dan moet hij er zich van bewust zijn dat dit betekent dat ook andere bij de behandeling betrokken artsen ereloon-supplementen mogen factureren. Indien die dan ook niet-geconventioneerd blijken, loopt de factuur natuurlijk op.

De artsen mogen voor een aantal diensten een forfaitaire kost aanrekenen, ook al heeft de patiënt er geen gebruik van gemaakt. Het gaat over zogenaamde opnameforfaits. Het betreft een forfaitair ereloon voor de arts waarop ook remgeld wordt gefactureerd:

- remgeld klinische biologie (bv. bloedonderzoeken): € 7,44 voor de gewone verzekerden, € 0 voor personen met het voorkeurtarief
- remgeld medische beeldvorming (bv. radiologie of echografie): € 6,20 voor de gewone verzekerden en € 1,98 voor personen met het voorkeurtarief
- medisch-technische prestaties (bv. laparoscopie of bioptie): € 16,40 voor de gewone verzekerden, € 0 voor personen met het voorkeurtarief.

6.2.6 Kamersupplementen

Sinds 1 januari 2010 is het verboden om kamersupplementen aan te rekenen aan patiënten die niet op een eenpersoonskamer verblijven. Dat mag niet verward worden met de ereloon-supplementen die niet-geconventioneerde artsen nog steeds mogen factureren in twee- of meerpersoonskamers. De hoogte van het kamersupplement voor een eenpersoonskamer is niet wettelijk geplafonneerd, zoals vroeger wel het geval was voor kamersupplementen in tweepersoonskamers. In de praktijk hanteren sommige ziekenhuizen gedifferentieerde kamersupplementen in functie van het comfort dat de verschillende soorten eenpersoonskamers te bieden hebben.

Uit een studie van het RIZIV³⁹ blijkt dat meer dan de helft van de Belgische ziekenhuizen voor het verblijf in een eenpersoonskamer een supplement aanrekent dat, voor alle afdelingen van de voorziening, maximaal 40 euro per dag bedraagt. De twintig duurste ziekenhuizen rekenen op bepaalde afdelingen (bv. de materniteit) supplementen aan die meer dan 100 euro per dag bedragen.

In sommige gevallen mogen ook aan patiënten op een eenpersoonskamer geen kamersupplementen worden aangerekend. Dat is onder meer het geval wanneer een patiënt om medische redenen verplicht op een eenpersoonskamer moet verblijven.

6.2.7 Diverse kosten

Het betreft hier supplementen voor televisie, telefoon, ziekenvervoer enzovoort. Het kan ook gaan over ouders die desgewenst overnachten naast het bed van hun kindje. Die mogelijkheid bestaat soms ook voor de partner van de patiënt. Die kosten worden als 'diverse kosten' gefactureerd aan de patiënt.

6.2.8 Conclusie

Van de hierboven opgesomde kosten hebben de meeste een medisch karakter. Alleen over de kamersupplementen en de diverse kosten bestaat er geen discussie dat zij geen medische kosten zouden zijn. Het is onduidelijk of remgelden en ereloon-supplementen medische dan wel niet-medische kosten zijn. De medische aard van de kosten op de patiëntenfactuur beperkt duidelijk de mogelijkheden tot tussenkomst vanuit de Vlaamse hospitalisatieverzekering, aangezien die zich moet beperken tot tussenkomst bij niet-medische kosten.

39 Vray P. 2009. "De kamersupplementen en de ereloon-supplementen bij een opname in een algemeen ziekenhuis", *Informatieblad van het RIZIV*(2): 156.

Bijgevolg verdient het aanbeveling dat de Vlaamse regering de platgetreden paden voor het tussenkomen in de kosten van een ziekenhuisopname, meer bepaald de ontwikkeling en het aanbieden van een *klassieke* hospitalisatieverzekering, zou verlaten. Op vandaag stellen we immers vast dat patiënten veel sneller dan vroeger uit het ziekenhuis worden ontslagen. Hiermee spelen artsen en ziekenhuizen in op het overheidsbeleid dat hen daartoe stimuleert. Voor jonge en gezonde patiënten vormt dat op zich geen probleem aangezien zij, veelal met behulp van thuisverpleging, relatief eenvoudig op zichzelf kunnen revalideren. Voor ouderen, chronische patiënten... leidt dat echter soms tot problematische situaties. Zij zijn dan als het ware “te goed” om nog in het ziekenhuis te blijven (de acute fase van het genezingsproces is immers achter de rug), maar “te slecht” of “te slecht omringd” om zelfstandig thuis verder te revalideren of terug op krachten te komen.

Wat wel een interessante piste zou zijn, is dat de Vlaamse hospitalisatieverzekering dit risico zou dekken. Ze zou met name kunnen tussenkomen in de niet-medische kost, in hoofdzaak de verblijfskost, die gerelateerd is aan de opname in een aangepaste zorgvorm zoals een verpleeghuis of een herstelverblijf. Op die manier zou de Vlaamse overheidsverzekering een antwoord bieden op de veelgehoorde vraag naar “verlengde zorg in een residentiële setting”. Bovendien wordt zo een kader geschapen om de overgangperiode tussen het ontslag uit het ziekenhuis en de terugkomst thuis op een voor de patiënt veilige en aangename wijze te overbruggen.

Een andere niet-medische kost waarin die Vlaamse overheidsverzekering zou kunnen tussenkomen, zijn de “dubbele” woonkosten van chronisch of langdurig zieken. Gedurende een opname verdwijnen een aantal vaste kosten van een eigen of gehuurde woning immers niet, waardoor de betrokkenen zowel de woonkost van de eigen woning als die van het verblijf in de voorziening moeten ophoesten. In bepaalde gevallen kan die dubbele kost zeer zwaar doorwegen en ertoe leiden dat patiënten in de armoede terechtkomen.

Wat alleszins vermeden moet worden, is dat de Vlaamse hospitalisatieverzekering een vehikel zou worden om een “gezonde” lifestyle, wellness, fitness... te subsidiëren. Dergelijke subsidie gaat immers voorbij aan de noden van de zwaarst zorgbehoevenden die in veel gevallen nog moeilijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen.

6.3 Advies van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SARWGG)

Op 24 juni 2010 gaf de SARWGG advies over de conceptnota van de Vlaamse regering inzake het basisdecreet Vlaamse sociale bescherming.⁴⁰ Wat de Vlaamse hospitalisatieverzekering betreft, stelt de Adviesraad zich grote vragen over de relevantie van de voorliggende voorstellen en over hun doelmatigheid. De SARWGG trekt de relevantie van het plan in twijfel omdat de ziekenhuisopname in een tweepersoonskamer al beter betaalbaar werd gemaakt door het systeem van de maximumfactuur binnen de verplichte ziekteverzekering en het verbod op het aanrekenen van kamersupplementen in tweepersoonskamers. Bovendien zou de regering voorstellen om niet tussen te komen in de door artsen aangerekende ereloon-supplementen, waardoor zich de vraag stelt welke kosten de Vlaamse hospitalisatieverzekering precies zal vergoeden.

⁴⁰ Het advies is te consulteren op de website van de SERV: www.serv.be/sarwgg/book-4661/vlaamse-sociale-bescherming



De SARWGG uit bovendien ernstige twijfels over de doelmatigheid van het voorstel van de Vlaamse regering. Zo zou een Vlaamse hospitalisatieverzekering kosteninducerend zijn omdat zij zorgverstrekkers de kans biedt extra kosten te factureren zonder dat de patiënt die zelf hoeft te betalen. Bovendien zou ze aanleiding geven tot averechtse selectie, in de zin dat de private verzekeraars en ziekenfondsen ruimere, en dus duurdere, polissen kunnen aanbieden waardoor zij betere risico's zullen aantrekken. De Vlaamse hospitalisatieverzekering zal dan vooral geconfronteerd worden met patiënten die nergens anders een verzekering kunnen krijgen. Dat zijn meestal de patiënten met de meeste gezondheidskosten, hetgeen de financiering van de Vlaamse hospitalisatieverzekering onder druk zal zetten. In die zin is de raad er blijkbaar voor beducht dat de Vlaamse hospitalisatieverzekering, door “slechte” risico's aan te trekken, als het ware de herverzekeraar van de private en mutualistische ziektekostenverzekeringen zou worden en op die manier zou bijdragen aan hun winstgevendheid.

De Adviesraad raadt de Vlaamse regering af om zelf een product uit te werken, maar pleit ervoor dat de wettelijke voorwaarden voor het aanbieden van hospitalisatieverzekeringen strenger zouden worden zodat meer burgers kunnen toetreden. Daarnaast vraagt de raad dat er voorrang wordt gegeven aan patiënten en cliënten die terechtkomen in voorzieningen en zorgvormen voor chronische, cyclische en langdurige zorg. Zij zijn immers het eerste slachtoffer van problemen met de betaalbaarheid van de zorg.

7

Besluit

De markt van de hospitalisatieverzekeringen is competitief en kostenintensief. Het is voor de private verzekeraars moeilijk om structureel winstgevend te zijn, aangezien ze met steeds sneller stijgende kosten worden geconfronteerd. Daardoor zien ze zich verplicht hun premies op navenante, en soms exuberante, manier te doen toenemen. Aan dit laatste fenomeen lijkt met de invoering van de medische index mogelijk een einde te komen.

Nu de Europese Commissie de Belgische wetgever gedwongen heeft een einde te maken aan de bevoorrechte positie van de ziekenfondsen als aanbieder van aanvullende ziektekostenverzekeringen en ze op één lijn te zetten met die van de private verzekeraars, zullen de polissen én de premies van beide soorten aanbieders waarschijnlijk meer en meer op elkaar gaan lijken.

Een aantal categorieën van mensen zal het bijgevolg moeilijk blijven hebben om zich bijkomend te verzekeren tegen het risico van aan ziekte gerelateerde kosten, aangezien actuariële wetmatigheden verzekeraars verplichten bij het vastleggen van individuele premies rekening te houden met de risico's die zij in hun portfolio opnemen.

Dat alles schept de plicht voor de overheid, in het bijzonder voor de Vlaamse regering, aangezien zij in haar regeerakkoord een Vlaamse hospitalisatieverzekering in het vooruitzicht stelt, om ook de zwaksten in onze maatschappij te beschermen tegen aanvullende ziektekosten. Veeleer dan te focussen op een klassieke hospitalisatieverzekering verdient het aanbeveling dat de Vlaamse regering werk maakt van een systeem waarbij in hoofdzaak oudere en chronisch zieke mensen:

1. ofwel verzekerd worden tegen de (niet-medische) kost van een verblijf in een gespecialiseerde zorgvorm die toelaat de periode tussen het ontslag uit het ziekenhuis en de terugkomst thuis op verantwoorde, veilige en aangename manier te overbruggen.
2. ofwel verzekerd worden tegen de vaste, dubbele woonkosten waarmee zij bij elke nieuwe opname geconfronteerd worden.

Bijlage 1:

Overzicht van de kosten die de hoogte van de ziekenhuisfactuur bepalen en die de patiënt kan beïnvloeden door het kamertype dat hij kiest

	Geconventioneerde arts? (*)	KOSTPRIJS TEN LASTE VAN DE PATIËNT I.F.V. DE KAMERKEUZE		
		Eenpersoonskamer	Tweepersoonskamer	Meerpersoonskamer
Medische kosten	Remgeld op door de verplichte ziekteverzekering terugbetaalbare medische prestaties	Ja of nee	0 euro (**)	
	Honorariumsupplementen voor de behandelend arts	Ja nee	0% tot meer dan 400% 0 tot meer dan 400%	verboden
	Honorariumsupplementen voor artsen die samen met de behandelend arts de aandoening behandelen	Ja nee	0% tot meer dan 400% 0% tot meer dan 400%	verboden
	Door de verplichte ziekteverzekering terugbetaalbare geneesmiddelen	/	0,62 euro per dag	
	Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen	/	Door de overheid vastgelegde tarieven	
Zorgkosten	Implantaten, prothesen, ...	/	Remgeld en een afleveringsmarge	
	Niet-terugbetaalbaar verbruiksmateriaal dat niet vergoed wordt door het budget van financiële middelen	/	Reële kost	
	Persoonlijk aandeel in de ligdagprijs	/		
Verblijfskosten	Kamersupplementen	/	Reële kost	verboden
Diverse kosten		/	Reële kost	

(*) Een geconventioneerde arts verbindt er zich toe de tarieven zoals afgesproken in het akkoord tussen ziekenfondsen en artsen te respecteren. Een niet-geconventioneerde arts mag in principe vrij zijn honorarium bepalen.

(**) In uitzonderlijke gevallen moet er soms wel een remgeld betaald worden op medische prestaties (bv. bij toezichtshonoraria of in het geval van een dringende interventie).

Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

